

**OJO: Todos los formularios deberán completarse en inglés. De lo contrario, no se le permitirá presentar sus documentos en la Secretaría del Tribunal.**

## **GUIDELINES FOR PHYSICIAN REPORT (GUÍA PARA EL INFORME DEL MÉDICO)**

**INSTRUCTIONS TO PETITIONER:** Fill in the information below and give this document to the court-appointed physician immediately after the ORDER APPOINTING PHYSICIAN is signed. Be sure a written report from the physician is given to everyone listed in the ORDER APPOINTING A PHYSICIAN no later than 10 days before the scheduled hearing.

*(INSTRUCCIONES PARA EL PETICIONANTE: Llene la información que aparece abajo y entregue este documento al médico nombrado por el tribunal inmediatamente después de que la ORDEN DE DESIGNACIÓN DE MÉDICO haya sido firmada. Cerciórese de que el informe escrito del médico haya sido proporcionado a cada una de las personas mencionadas en la ORDEN DE DESIGNACIÓN DE MÉDICO a más tardar 10 días antes de la audiencia fijada.)*

**COURT CASE NUMBER: PB\_\_\_\_\_**

*(NÚMERO DE CASO JUDICIAL)*

**NAME OF PHYSICIAN/(NOMBRE DEL MÉDICO):\_\_\_\_\_**

**NAME OF PATIENT/(NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE):\_\_\_\_\_**

**This is the person whom the Petitioner says needs a guardian and/or a conservator**

*(Esta es la persona quien según el peticionario necesita un(a) tutor(a) o un(a) curador(a))*

**NAME OF PETITIONER/(NOMBRE DEL PETICIONANTE):\_\_\_\_\_**

**PETITIONER'S TELEPHONE NUMBER:\_\_\_\_\_**

*(NÚMERO DE TELÉFONO DEL PETICIONANTE):*

**DATE AND TIME OF COURT HEARING/(FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA JUDICIAL):\_\_\_\_\_**

**INSTRUCTIONS TO PHYSICIAN:** A court case has been filed that asks the court to appoint a guardian and/or conservator for the person named above. Before the court grants such a petition, the court must decide if mental, physical, or other cause exists which necessitates a guardianship or conservatorship. Therefore, the court needs to know what you, as the physician for the person, think about the person's health, whether the person needs inpatient mental health treatment, and whether the person's driving privileges should be suspended. The court's goal is to do all that is possible to help the person about whom this case is pending to live as fully as his or her mental or physical impairments allow.

The court realizes that your time is valuable, and has developed the following questions to make it easier for you to prepare your report. If you want to use some other format to submit your report, please feel free to do that too, so long as you provide the same type of information the court needs.

If the Petitioner is seeking the authority to consent to inpatient mental health treatment, this report must be signed by a licensed psychiatrist or psychologist.

After you complete the report, give the original report to the Petitioner and he or she will see to it that necessary copies are properly distributed. Please do not file your report with the Clerk of the Court. **PLEASE DATE AND SIGN YOUR REPORT. THANK YOU FOR YOUR TIME AND ASSISTANCE.**

*(INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO: Se ha presentado un caso judicial en el que se solicita al tribunal se nombre tutor(a) o curador(a) para la persona cuyo nombre aparece arriba. Antes de que el tribunal acceda a esa petición, debe decidirse si existen causas mentales, físicas u otras que hagan necesaria una tutoría o una curaduría. Por consiguiente, el tribunal necesita conocer lo que usted, en su calidad de médico para la persona, considera de la salud de la misma, si necesita tratamiento de salud mental en calidad de paciente interno(a) y si su derecho a conducir debe ser suspendido. El objetivo del tribunal es hacer todo lo posible por ayudar a la persona de quien este caso está pendiente para que goce de condiciones de vida tan plenas como sus impedimentos mentales o físicos lo permitan.*

*El tribunal reconoce que su tiempo es valioso por lo que ha elaborado las siguientes preguntas para que le sea más fácil preparar su informe. Si desea utilizar otro formato para entregar su informe, también puede hacerlo, mientras proporcione el mismo tipo de información que el tribunal necesita.*

*Si el peticionario está buscando adquirir autoridad para consentir tratamiento de salud mental como paciente interno(a), este informe debe estar firmado por un psiquiatra o un psicólogo autorizado.*

*Una vez completado el informe, entregue el original al peticionario y él o ella se encargará de que las copias necesarias sean adecuadamente distribuidas. No entregue su informe al Secretario del tribunal.  
RECUERDE FECHAR Y FIRMAR SU INFORME. GRACIAS POR SU TIEMPO Y AYUDA.)*

## **QUESTIONS FOR PHYSICIAN TO ANSWER:**

*(PREGUNTAS PARA QUE RESPONDA EL MÉDICO)*

1. **What is the date you last saw your patient?** \_\_\_\_\_  
*(¿Cuándo fue la última vez en que atendió a su paciente?)*
2. **How long have you been his or her physician?** \_\_\_\_\_  
*(¿Hace Cuánto tiempo que ha sido su médico?)*
3. **Why were you asked to do this evaluation?**  
*(¿Por qué se le pidió que hiciera esta evaluación?)*  
 **You have been the person's physician for many years**  
*(Usted ha sido el médico de esta persona por muchos años)*  
 **You were asked to do so by the family**/*(La familia le solicitó que lo hiciera)*  
 **An attorney selected you**/*(Un abogado lo seleccionó)*  
 **Your office is close to the person's residence**  
*(Su clínica se encuentra cerca de la residencia de la persona)*  
 **You are the doctor for the person's nursing home**  
*(Usted es el médico del hogar para ancianos en donde se encuentra la persona)*  
 **Other (please explain)**/*(Otra razón - explique)*
4. **What is your area of specialty?** \_\_\_\_\_  
*(¿Cuál es el área de su especialidad?)*  
**Are you Board Certified in this area?**  Yes  No  
*(¿Está usted registrado en el Colegio de médicos en esta área? Sí  No )*  
**In any other area?** \_\_\_\_\_  
*(¿En cualquiera otra área?)*
5. **Does the person appear to be having difficulty in any of the following areas?**  
*(¿Parece la persona estar teniendo dificultades en alguna de las áreas siguientes?)*

- Mental disorder/(Desorden mental)**
- Physical illness/(Enfermedad física)**
- Chronic intoxication or drug use/(Alcoholismo o consumo de drogas crónico)**
- Cognitive abilities/(Habilidades cognoscitivas)**
- Anything else/(Cualquier otra cosa)**

**6. If the person is having difficulty, please specify the nature of the illness, disorder, etc. (include the person's diagnosis)**

*(Si la persona está teniendo dificultades, especifique la naturaleza de la enfermedad, desorden, etc.e incluya el diagnóstico de la persona)*

---

---

---

**7. Has the person been treated or hospitalized before for this difficulty?  Yes     No**  
**If yes, when and where?**

*(¿La persona i tratada u hospitalizada antes por estas dificultades? Si  No  Si indicó "sí" ¿cuándo y dónde?)*

---

---

---

**8. Has the person been able to do the following things? If the person is able, please check each applicable box.**

*(¿Ha estado la persona en capacidad de hacer las siguientes actividades? Si es capaz, marque cada casilla que sea aplicable.)*

- To pay his or her bills/(Pagar sus cuentas)**
- To obtain food/(Obtener alimentos)**
- To provide adequate housing/(Proveerse un alojamiento adecuado)**
- To perform daily self-help skills/(Tener destreza para realizar tareas diarias por sí misma)**
- To live alone/(Vivir sola)**
- To take medication appropriately/(Tomar medicamentos correctamente)**
- To drive a motor vehicle/(Conducir vehículo)**
- To make appropriate judgments that will protect him or her personally, physically, or financially**

*(Hacer juicios adecuados para su protección personal, física o financiera)*

**If you believe the person is still able to drive a motor vehicle, but is in need of the assistance of a guardian, please explain why the person should be allowed to keep driving:**

*(Si usted considera que la persona todavía es capaz de conducir vehículo pero necesita un(a) tutor(a), explique por qué debe permitírselle continuar conduciendo)*

---

---

---

**9. If the person is currently on medication, please list them.**

*(Si la persona está actualmente bajo tratamiento con medicamentos, enumérelos.)*

- 
10. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to respond coherently?  Yes  No**  
(*¿Considera que los medicamentos están afectando la habilidad de la persona para responder coherentemente? Sí  No* )
11. **Do you believe that the medication is affecting the person's ability to ambulate?  Yes  No**  
(*¿Considera que los medicamentos están afectando la habilidad de la persona para moverse? Sí  No* )
12. **Do you believe that a "medication holiday," if possible, would help you better evaluate this person?  Yes  No**  
(*¿Considera que un "descanso de medicamentos", si éste fuera posible, lo ayudaría a evaluar de una mejor manera a esta persona? Sí  No* )
13. **Do you believe that any changes made in the type or amount of drugs the person is receiving would noticeably affect his or her mental or physical abilities?**  
(*¿Considera que cualquier cambio en el tipo o cantidad de fármacos que la persona está recibiendo afectaría de una manera notoria sus habilidades mentales o físicas?*)
14. **Do you believe that any further medical evaluation or treatment would benefit the person?  Yes  No      If so, please give your recommendation:**  
(*¿Considera que cualquier evaluación médica o tratamiento ulterior beneficiaría a la persona? Sí  No  Si es así, indique su recomendación*)

---

---

---

15. **Do you think the person would benefit from other types of therapy such as counseling?**  
**Describe.** (*¿Considera que la persona podría beneficiarse con otros tipos de terapia, tal como orientación psicológica? Describa.*)
- 
- 

16. **Where do you think the person should live today?/**(*En dónde considera que la persona debería vivir hoy?*)
- At home with a companion/**(*En su hogar acompañada de alguna persona*)  
 **At home with a nurse/**(*En su hogar con una enfermera*)  
 **In a group home/**(*En un hogar colectivo*)  
 **In a boarding home/**(*En una pensión*)  
 **In a supervisory care facility/**(*En una institución de cuidados supervisados*)  
 **In a nursing home/**(*En un hogar de ancianos*)  
 **In a hospital/**(*En un hospital*)

- In a level one behavioral health facility for inpatient mental health treatment. Explain.**  
*(En una entidad nivel uno de salud de la conducta para tratamiento de salud mental como paciente interno(a). Explique.)*
- 
- 

- Other -- please explain/(Otro. Explique)**
- 

17. **Do you believe that the person's condition could improve within 6 months to a year?**  Yes  No  
*(¿Considera que la condición de la persona podría mejorar dentro de los próximos 6 meses a un año? Sí  No )*
18. **Do you believe there is any reason for the court to review this matter again within 6 months to a year?**  Yes  No  
*(¿Considera que haya alguna razón para que el Tribunal revise este caso dentro de 6 meses a un año? Sí  No )*
19. **Please make any additional comments or suggestions you think would be helpful to the court in making this decision.**  
*(Escriba cualquier comentario adicional o sugerencia que considere podría ser de ayuda al tribunal para decidir.)*
- 
- 
- 

**Mental Health Treatment Issues (This section must be completed if the petitioner is requesting authority to consent to inpatient mental health treatment.)**

*(Asuntos relacionados con tratamientos de salud mental (Esta sección debe ser completada si el/la peticionante está solicitando autoridad para consentir tratamiento de salud mental como paciente interno(a)))*

1. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is incapacitated as a result of a mental disorder?**  Yes  No  
*(¿En opinión del infrascrito el/la paciente está discapacitado(a) como resultado de un desorden mental? Sí  No )*
2. **What is the mental disorder?/¿Cuál es el desorden mental?)**
- 
- 

3. **Is it the opinion of the undersigned that the patient is currently in need of inpatient mental health care and treatment?**  Yes  No **(For the purpose of this question, the term "currently" means, based upon the medical professional's experience and training, and to a degree of medical probability, that the patient does now or will within a reasonably imminent and immediate time require inpatient mental health treatment.)**

*(¿En opinión del infrascrito el/la paciente está actualmente en necesidad de cuidados y tratamiento de salud mental como paciente interno(a)? Sí  No ) (En el contexto de esta pregunta, el término "actualmente" significa, con base en la experiencia y la capacitación de la profesión médica y dentro*

*(de cierto grado de probabilidad médica, que el/la paciente necesita ahora o necesitará dentro de un tiempo razonablemente inminente e inmediato tratamiento de salud mental como paciente interno(a).)*

4. **In the event that the answer to #3 is “Yes”, please explain the need for, and the anticipated onset and duration of the inpatient treatment:**

*(En el caso de que la respuesta a la pregunta #3 sea “sí”, explique la necesidad del tratamiento y una estimación de la fecha de inicio y la duración del tratamiento como paciente interno(a).)*

---

---

5. **What kind of treatment is the patient currently receiving for this disorder?**

*(¿Qué clase de tratamiento está recibiendo el/la paciente actualmente por este desorden?)*

---

---

6. **Give a comprehensive assessment of any functional impairments of the patient.**

*(Proporcione una evaluación comprensible de cualquier deterioro funcional del/de la paciente.)*

---

---

7. **How and to what extent do these impairments affect the patient’s ability to receive or evaluate information needed in making or communicating personal and financial decisions?**

*(¿Cómo y cuánto afecta este deterioro la habilidad del/la paciente de recibir o evaluar información necesaria para tomar o comunicar decisiones personales y financieras?)*

---

---

8. **What task of daily living is the patient capable of performing without direction or with minimal direction?**

*(¿Qué tarea de la vida diaria es capaz el/la paciente de realizar sin instrucciones o con un mínimo de instrucciones?)*

---

---

9. **What is the most appropriate rehabilitation plan or care plan for the patient?**

*(¿Cuál sería el programa de rehabilitación o de cuidados más apropiado para el/la paciente?)*

---

---

10. **What would be the least restrictive living arrangement reasonably available for the patient?**

*(¿Cuál sería el arreglo de vida menos restrictivo razonablemente disponible para el/la paciente?)*

---

---

11. Is there any reason why this patient should not personally appear in court?  Yes  No  
If "yes", please explain:

(*¿Existe alguna razón por la cual este(a) paciente no debería comparecer personalmente ante el Tribunal? Si  No  - Si la respuesta es "sí", explique?*)

---

---

12. Please make any additional comments or suggestions you feel would be valuable to the court:  
(*Haga cualquier comentario adicional o sugerencia que usted considere podría ser valiosa para el tribunal*)

---

---

DATE REPORT PREPARED: \_\_\_\_\_ SIGNATURE OF PHYSICIAN: \_\_\_\_\_  
(*FECHA DE PREPARACIÓN DEL INFORME*) (*FIRMA DEL MÉDICO*)

PRINTED NAME OF PHYSICIAN: \_\_\_\_\_  
(*NOMBRE DEL MÉDICO*)